B.16, 304961
So. 108890

Legislative Assembly of Ontario

Assemblée législative de l'Ontario

STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

TELETRIAGE HEALTH SERVICES

(section 3.13, 2009 Annual report of the Auditor General of Ontario)

2nd Session, 39th Parliament
59 Elizabeth II

Library and Archives Canada Cataloguing in Publication Data

Ontario. Legislative Assembly. Standing Committee on Public Accounts
Teletriage health services (Section 3.13, 2009 Annual report of the Auditor General of Ontario)

Text in English and French on inverted pages.
Title on added t.p.: Services de télétriage (Rapport annuel 2009 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.13)
Also available on the Internet.
ISBN 978-1-4435-4826-7

1. Telehealth Ontario – Auditing. 2. Ontario. Telephone Health Advisory Services – Auditing. 3. Triage (Medicine) – Ontario. 4. Telephone in medicine – Ontario. 5. Ontario. Ministry of Health and Long-Term Care. I. Title. II. Title: Services de télétriage (Rapport annuel 2009 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.13)

RC86.7 O5 2010 362.18 C2010-964042-XE

Legislative Assembly of Ontario

Assemblée législative de l'Ontario

The Honourable Steve Peters, MPP
Speaker of the Legislative Assembly

Sir,

Your Standing Committee on Public Accounts has the honour to present its Report and commends it to the House.

Norman W. Sterling, MPP
Chair

Queen's Park
October 2010

STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

MEMBERSHIP LIST

2nd Session, 39th Parliament

NORMAN W. STERLING
Chair

PETER SHURMAN
Vice-Chair

WAYNE ARTHURS

AILEEN CARROLL

FRANCE GÉLINAS

JERRY J. OUELLETTE

DAVID RAMSAY

LIZ SANDALS

DAVID ZIMMER

Katch Koch and Trevor Day
Clerks of the Committee

Susan Viets
Research Officer

STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

LIST OF CHANGES TO COMMITTEE MEMBERSHIP

MARIA VAN BOMMEL was replaced by WAYNE ARTHURS on September 22, 2010.

CONTENTS

PREAMBLE 1
Acknowledgments 1

OVERVIEW 1
Objective of the Auditor's Audit 1
Background 2

ISSUES RAISED IN THE AUDIT AND BEFORE THE COMMITTEE 2
Access to Teletriage Services 2
Public Awareness 2
Telephone Number 4
Demographics and Out of Province Calls 5
Call Management 5
Wait Times 5
Paging On-call Physicians 6
Information Requests 8
Confidentiality 9
Advice to Callers 9
Staffing 9
Compliance with Clinical Guidelines 11
Callers' Compliance 11
Quality Assurance 12
Call Audits and Complaints Process 12
Payments for Teletriage Services 14
Procurement 17

CONSOLIDATED LIST OF RECOMMENDATIONS 18

PREAMBLE

The Auditor General (Auditor) noted that the number of calls to teletriage health services (Telehealth Ontario and the Telephone Health Advisory Service – THAS) is declining. The Ministry of Health and Long-Term Care (Ministry) contracts with a private service provider, Sykes Assistance Services, to deliver both programs. The Auditor said that an independent survey indicated that those who use Telehealth Ontario are generally satisfied, but that only a small proportion of Ontario's population uses teletriage services. The Auditor suggested improvements to enhance the services and also said that although the Ministry acquired the services in a competitive manner, the Ministry should assess the significant difference between the cost for calls in Ontario versus much lower costs for calls in other provinces. These were two of the key findings of the Auditor's value-for-money audit of the Teletriage Health Services (section 3.13 of the Auditor's *2009 Annual Report*).

In April 2010 the Standing Committee on Public Accounts held a day of public hearings on the Auditor's report. Senior officials from the Ministry and Sykes participated in the hearings. (For a transcript of the Committee proceedings please see Committee *Hansard*, April 14, 2010.) The Committee endorses the Auditor's findings and recommendations. This Committee report presents the Committee's findings, views, and recommendations. The Committee requests that the Ministry provide the Committee Clerk with its written responses to the Committee's recommendations within 120 calendar days of the tabling of the report with the Speaker of the Legislative Assembly, unless otherwise specified in a recommendation.

Acknowledgments

The Standing Committee on Public Accounts extends its appreciation to officials from the Ministry of Health and Long-Term Care and Sykes Assistive Services for their attendance at the hearings. The Committee also acknowledges the assistance provided during the hearings and report writing deliberations by the Office of the Auditor General, the Clerk of the Committee, and staff in the Legislative Research Service.

OVERVIEW

Objective of the Auditor's Audit

The main objective was to assess whether teletriage services were providing confidential access to timely advice in an economical manner that met the health-care needs of Ontarians. The audit focused on Telehealth Ontario and THAS.

Background

Ontario's teletriage services provide callers with free, confidential telephone access to a registered nurse for health-care advice and information. Callers enrolled with physicians participating in family health teams can call THAS Monday to Friday nights and anytime on the weekend. THAS facilitates patients' access to on-call physicians if needed.

The service provider, Sykes, employs almost 300 registered nurses at five call centres. During the 2008/09 fiscal year, nurses responded to 905,000 calls; payments to the service provider totaled $35.1 million. The Ministry said that one of the purposes behind the Telehealth and THAS services is to determine whether an individual calling should actually present at a hospital's emergency department or use other reliable and effective methods of dealing with the health care issue.

Health Care Connect

The Ministry said that Telehealth Ontario supports Health Care Connect, a program that helps individuals find a family physician in their area. Telehealth is the primary intake method for Health Care Connect. The Committee commented that it had not been aware of Telehealth's role in Health Care Connect.

Issues Raised in the Audit and Before the Committee

Significant issues were raised in the audit and before the Committee. The Committee attaches particular importance to those issues discussed below.

Access to Teletriage Services

Public Awareness

The Auditor noted various promotional campaigns to increase public awareness of Telehealth within the first few years of the inception of the program. As well, the Ministry's contracts with physician practices specify that promoting THAS is a joint responsibility. Physicians are to advise their patients about this service. (Tripartite contractual arrangements are in place between the Ministry, primary care groups, which comprise varying numbers of physicians, and the Ontario Medical Association.)

The Auditor said that about 5% of Ontario's population made calls to teletriage services in 2008/09; similar programs in other provinces were called more frequently. For example, Quebec's service received 2 million calls from a population of 7.4 million and Alberta received 1 million calls from a population of 3.3 million. THAS received calls concerning only about 1% of eligible individuals. The Auditor recommended that the Ministry should consider the continued need for a separate THAS service or options for increasing the level of awareness and acceptance of teletriage services, especially among individuals eligible to use THAS and among those demographic groups, such as seniors, that underutilize the services.

Survey

The Ministry said that it is measuring public awareness and the use of teletriage services through a survey. The survey was conducted in March 2010. It focused on seniors and residents in northern Ontario.

Supplementary information on Survey

After the hearings the Ministry reported that the survey closed at the end of March 2010. The survey firm collated and tabulated the results, which were presented to the Ministry on April 23, 2010. The Ministry will use the results in developing a strategy for marketing teletriage services and increasing their acceptance and use.

Primary Care Providers and THAS Promotion

The Committee wished to know what requirements exist for family health teams and other primary care providers to inform patients about THAS. The Ministry said that the survey will help determine awareness of THAS but added that low call volume suggests low knowledge of the service. Currently wallet cards, brochures and posters in primary care group offices are all used to promote THAS. The Ministry said that it needs good information in order to avoid generating marketing material with little impact and is months away from finalizing decisions on such issues as new marketing measures for THAS.

The Ministry said that there is no requirement for family health teams to regularly notify patients about THAS but their contracts do oblige them to inform patients about the service and the extended hours of service. The survey will help determine the best means of communicating such information and also help determine how many on-call physicians are needed.

Ontario Medical Association (OMA) and THAS Promotion

The Ministry has contacted the OMA to discuss how the OMA could facilitate its members' promotion of THAS to patients. The Ministry emphasized that it hopes that THAS would help reduce unnecessary hospital emergency department visits.

Contact Centre

The Committee asked whether a contact centre that incorporates a number of multimedia devices such as web chat and e-mail, might better serve Ontario's population than a call centre. Sykes said that there is a transition in the industry from call centres to contact centres. It agreed that a contact centre might better attract younger users in particular. However, Sykes added that the Ministry sets the guidelines and noted that sometimes a call back centre works best. For example, for a smoking cessation program to work well, clients needed to be called back by their regular contact person in order to build a relationship of trust. This trust is necessary for behaviour change. Trust is more difficult to build if a client reaches a different person each time the client calls.

The Ministry said that nurses' judgment is a critical feature of the teletriage call-in services. It is, however, interested in a multi-channel approach and already uses a "robust" website for Health Care Connect.

Underutilization in Certain Segments of the Population

The Ministry noted that the Auditor's work identified underutilization of teletriage services in certain segments of the population. The services are primarily used by women in child-bearing years who often phone about their children but are underutilized by seniors. The survey, among other things, is to help determine what would increase the use of Telehealth and THAS and provide information on barriers to use of these services.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

1. **By March 31, 2011 the Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts on the results of the Ministry's survey on public awareness and use of teletriage services as well as any new measures planned by the Ministry to address issues identified in the survey. Specifically, the Ministry should**

   - **specify measures intended to ensure that primary care groups routinely communicate information about the Telephone Health Advisory Service (THAS) to their patients;**
   - **report on the reasons identified in the survey for underutilization of teletriage services in certain segments of the population, what these groups say would increase their use of the services, and how the Ministry intends to follow-up on these findings; and**
   - **provide a timeline for the introduction of any planned new measures.**

Telephone Number

The Auditor noted that in July 2005, the Canadian Radio-television and Telecommunications Commission set aside the phone number "811" for provinces to use for non-urgent health teletriage/telehealth services. British Columbia and Quebec have adopted the "811" number. The Auditor recommended that the Ministry explore the use of an easily remembered phone number, such as "811", for both Telehealth Ontario and THAS.

The Ministry said that adopting the "811" number had not been "on its radar screen" before the Auditor raised the issue. Telehealth Ontario, which has a 1-800 number, has been in place for over 10 years. The Ministry believes that the public's knowledge of Telehealth is better than that of THAS, a somewhat newer service.

The Ministry referred to the quick increase in call volume (identified by the Auditor) in Quebec resulting from the introduction of an "811" number and said that the survey will help determine whether remembering an "811" number will be easier for individuals in Ontario than, for example, remembering where they put a fridge magnet that displays the current service number. In response to a Committee question, the Ministry said that it did not believe that there would be any technical problems associated with use of an "811" number.

Cost Analysis of 811

The Ministry said it would examine the survey results and the costs associated with implementing an 811 number, and would then undertake a cost-benefit analysis to assess the business case. Government approval would be required. The Ministry, anticipating that the introduction of an 811 number would result in more calls and therefore greater expense, is also working with the service provider to determine what associated cost-effectiveness measures could be introduced.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

2. **The Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts by March 31, 2011 on the outcome of its cost-benefit analysis to assess the business case for introducing an 811 number for teletriage services in Ontario. The Ministry should specify whether it supports the introduction of the 811 number, how this number would be publicized, what the costs associated with a possible associated increase in call volume would be and what cost-saving measures might be simultaneously introduced.**

Demographics and Out of Province Calls

The Auditor's analysis of caller data from 2008 noted that calls to Teletriage services concerned only about 4% of Ontario's seniors and that almost 2,000 registered calls came from outside Ontario. Sykes said the toll-free numbers that exist for Telehealth Ontario and THAS are only accessible from an Ontario number. Anyone calling from out of province/country on a phone with an Ontario number (such as an Ontario cellphone) will obtain access.

Call Management

Wait Times

The Auditor's calculation of wait times for individuals in the call-back queue differed (i.e., was longer) from the service provider's because the Auditor determined that the wait time for a call-back started when the incoming call was initially answered by an automated attendant, not when the caller was put in the call-back queue. The service provider did not track the time callers waited in the live queue. The Auditor recommended that the Ministry require the service provider to measure the wait time for callers from the time the call was initially received for both the live and call-back queues.

Call-back Queue Wait Time

The Ministry said that the Auditor's report and questions from the Committee helped the Ministry understand that it did not necessarily perceive wait times in the same way as consumers, and that as far as consumers are concerned, wait time begins when a call is made. The Ministry has now worked with Sykes to ensure that Sykes can measure wait time from the time when an incoming call is answered by an automated attendant. The Ministry noted that most people will only wait for about six minutes to talk to a nurse before opting to leave a message for a return call. It said that Sykes has had a good record in terms of returning calls within specified standards (based on the contract parameters). The Ministry will assess the new data that it receives from Sykes to determine whether any contract amendment is required.

Live Queue Wait Time and Call Abandonment

Sykes said that although it was not initially requested to measure live queue wait times that it has now looked at 14 months worth of data for this and found that the average time that a caller waited before abandoning a call in the live queue was 6.7 minutes. The average wait time before a call was answered was 6.4 minutes. Six percent of total calls that reached the switchboard were abandoned. The Ministry said the objective of such reviews is to improve the response time to ensure that all callers' questions are answered in a reasonable amount of time.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

3. **The Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts on whether the Ministry has requested its service provider to change its wait time measure to start when the call is received rather than when the caller is subsequently put in a queue to wait to talk to a nurse. The Ministry should also specify any measures that it and its service provider are considering to improve any excessive wait times identified.**

Paging On-call Physicians

The Auditor noted that in 2008 roughly one in five THAS calls resulted in a nurse who handled a call deciding to page an on-call physician. In over 70% of these cases the on-call physician had to be paged more than once, and in 9% of cases the pages were not returned. The Auditor noted that about 10% of family practices did not return at least one-third of pages they received. There is no financial penalty to the family practice if a page is not returned within a reasonable time frame or is not returned at all. The Auditor recommended that the Ministry should review alternative ways to promote timely physician responses to pages, such as financial penalties when on-call physicians do not respond when paged or financial incentives for those physicians who consistently exceed standards.

Five Primary Care Groups Did Not Return Calls Consistently

The Ministry is reviewing ways to ensure that on-call physicians respond to their pages in a timely fashion. It said that in most cases physicians respond to pages. There are more than 600 primary care groups of physicians representing approximately 6,700 physicians. The Auditor's findings helped the Ministry to determine that five primary care groups did not return pages consistently (there were occasions when they did not return pages at all). The Ministry is now able to converse directly with those primary care group physicians.

The Ministry now receives data from Sykes about unanswered pages, which will be monitored monthly, and will further assist the Ministry in beginning conversations with primary care groups of physicians regarding their contractual responsibilities. The Ministry said that it will also continue to work with the OMA on this issue. There has been no indication that discussions on responses to pages need to be a formal part of contractual discussions.

Supplementary Information

After the hearings the Auditor provided the Committee with information and an analysis of call centre data indicating that during 2008 there were 20,491 pages made to 605 physician groups. The Auditor said that to obtain a fair perspective on the doctors' timely responses to their pages, only those physician groups that had received at least five pages, but had not responded to two or more of these pages, were considered. This resulted in 427 practices that had received at least five pages during the year, of which 281 had not responded to two or more of these pages. Of these 281 physician groups, there were 97 that had responded to less than 80% of their pages.

Paging and Use of Technology

The Committee asked whether the Ministry had considered using technology such as the BlackBerry to page physicians, to facilitate direct communication. The Ministry thought this was an interesting suggestion. It said it would need to determine such factors as whether all physicians use the same technology, and whether they have a push or pull approach regarding electronic communication. Once the Ministry determines how physicians prefer to receive information, it can channel its efforts accordingly. (On a slightly different matter, the Ministry said that repeated attempts to convince the Information and Privacy Commissioner to allow the use of BlackBerrys for communicating sensitive patient information have been rejected; the Ministry is continuing discussions with the Commissioner on ways to improve communication and response times.)

Possible Need for Fewer Doctors to Respond to Pages

The Ministry said that it will also try to assess whether too many physicians are on call for THAS. In some cases, pages that went unanswered had been made to physicians who had never been paged before. The Ministry wondered whether it might be better to have fewer physicians responding to pages so that those physicians would know that they would be called and would be ready to assist nurses. The Ministry will consult with the OMA on this matter and noted that if

the number of doctors on call was decreased, there would be corresponding savings. It will also discuss the issue of incentives or penalties for unanswered pages with the OMA. The Ministry wants to understand issues associated with unanswered pages before responding to the problem.

The Committee wished to know when this problem would be remedied. The Ministry said that it might just take a few weeks to identify and alert those groups with the most serious difficulties in responding to pages. However, it is possible that the problem might shift from those groups to others. The Ministry said that it will expedite discussions with the OMA and will convey the Committee's and the Chair's views that it is urgent to begin negotiations to address the problem of unanswered pages.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts is extremely concerned that some physicians failed to respond to pages and recommends that:

4. **The Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts on measures, including potential financial penalties, that the Ministry has considered to ensure that physician input is available when needed for callers to the Telephone Health Advisory Service (THAS) and the implications of those measures. The Ministry should include information on monthly data that it is now receiving and monitoring from the service provider on unanswered pages. It should report on the outcomes and any proposed remedies resulting from the Ministry's consultations with primary care groups and the Ontario Medical Association on the issue of unanswered pages. The Ministry should also specify whether enhancements to information technology are being considered to help improve physician response rates to pages.**

Information Requests

The Auditor noted that 11% of registered calls related to health information requests, and 4% related to information about community services. The service provider maintains an audiotape library as well as a list of Ontario community services. Although the service provider's contract with the Ministry requires that a nurse speak to all callers, the Auditor noted that 99% of information requests were handled entirely by a nurse, rather than the nurse connecting the caller to the audiotape library. The Auditor recommended that the Ministry ask the service provider to instruct its nurses to redirect information requests for phone numbers and addresses of community services to non-nursing staff.

The Ministry said that it is working with Sykes to direct information-related calls to non-nursing staff and to have demographic information collected by non-nursing staff. The Ministry said that it has a medical advisory committee comprised of various medical professionals who are outstanding in their fields –

both in medicine and medical ethics. The committee reviews the protocols and related information provided to callers.

Confidentiality

The Auditor noted that the service provider does not perform any vulnerability or penetration testing on its teletriage services' service and network equipment. The Ministry referred to its 2008 Threat Risk Assessment (noted by the Auditor) and said that another such assessment would be undertaken in 2010. It said that the Threat Risk Assessment includes penetration testing as one component of multiple steps in the assessment.

Advice to Callers

The Committee cited the Ministry's intention to work with the service provider to research and review ways to determine the impact of the advice provided to callers and wished to know whether this formed part of the Ministry's survey. The Ministry said that it did not and that it would begin a procurement process in fall 2010 for a formal evaluation of the impact of advice provided to callers. The Ministry hopes to have the evaluation completed by the end of the fiscal 2010/11 but added that some aspects of the evaluation may take longer. The Ministry noted that it commissioned an external consultant to undertake a longitudinal evaluation of Telehealth Ontario which began in April 2003 and ended in June 2005. The Ministry said that it learned a great deal from the evaluation including measures for cost avoidance and cost saving as well as identifying standards that might be improved.

Staffing

As of December 21, 2008 almost 300 nurses staffed Sykes' call centres. The Auditor's sample of nurses hired in 2008 indicated that 23% had less than one year of acute-care experience, and 20% had less than three years of total nursing experience (the service provider's 2007 proposal to the Ministry said the nurses would have at least three years of nursing experience). Training activities include a monthly case study. The Auditor noted that over 25% of team managers completed less than half the required case studies in 2008.

The Auditor recommended that the service provider hire nurses with at least three years of nursing experience, including at least one year of acute-care or clinical experience, as per its proposal to secure the contract to provide teletriage services and its internal polices. The Auditor also said the service provider should ensure that nurses complete their ongoing training in accordance with policies.

Nurses: Experience and Testing

The Ministry said that it will ensure that requirements set out in its agreement with the service provider are followed. It has implemented additional reporting requirements that document monthly data on nurse training and a quality assurance program, with the co-operation of Sykes. Sykes said that it no longer hires nurses with less than three years' experience. It currently has 22 nurses on

staff who do not meet that requirement. According to Sykes, its nurses undergo extensive testing during recruitment, including a number of tests to objectively assess critical thinking ability. Other tests are for keyboard, English and Windows skills (computer competencies are important for the job). Those 22 nurses have passed these tests. Sykes believes some of these 22 nurses are as good as or better than others with three (or more) years' experience. Sykes is confident that its staff members are delivering the necessary service but added that if it is out of compliance, that it will get back into compliance.

Nurses: Satisfaction Rate and Retention

Sykes said that in 2009, 90% of its nurses reported that overall they were very happy with Sykes as a place to work. Sykes drew attention to nursing shortages and the fact that alternative jobs are available. Sykes jobs are in non-traditional nursing. Demand is primarily on evenings and weekends, which poses a challenge for scheduling, recruitment and retention.

The turnover rate for nurses is 48% per year. Sykes said that it must provide an incentive for nurses to give up time with their families to come into work on evenings and weekends. One incentive for weekend work is a compressed work week whereby a nurse is employed for 30 hours (in three 10-hour shifts) but is paid for 40 hours.

Service Level

On average 50 or more Sykes nurses work at any one time, with the number increasing to 75 or 80 in a busy season. Sykes strives to have the right number of people in seats at the right time to meet service levels. It said that service level is inversely proportional to productivity. A very high service level (for example, a 90% service level in 20 seconds) means that some staff will be sitting waiting for a call to come in. On the other hand, a very low service level will result in burnout. The fully loaded cost for a nurse is about $75,000 (per year).

Supplementary Information

After the hearings, Sykes provided information on nurse attrition data that illustrated a decline in attrition during orientation from 15.6% in 2007 to 1.1% in 2009 and a decline in the percentage of nurses who left Sykes within the first 30-days of their hire from a 25% turnover rate in 2007 to a 10% turnover rate in 2009. Sykes concluded that it has seen an improvement in the quality of new nurses hired since the implementation of its new recruitment process with a strengthened focus on nurse competency. Further, at the time of the audit, the service provider had indicated that it employs some nurses that work from home in order to minimize nurse turnover and mitigate the risk of call centre closures associated with a potential pandemic crisis.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

5. **While recognizing that the service provider has a small percentage of its nurses currently working from home, the Standing Committee on Public Accounts encourages the Ministry of Health and Long-Term Care and its service provider to assess the impact the work-from-home option has on nurse recruitment and the service provider's ability to retain an experienced, stable workforce. This assessment should also cover**

   - **whether working from home impacts the quality of nurses' work; and**
   - **whether effective safeguards are in place to protect client privacy.**

Compliance with Clinical Guidelines

Advice to callers is based on decision support software (with medical algorithms) that provides clinical guidelines, in combination with a nurse's own clinical judgment. Schmitt-Thompson Clinical Content developed the guidelines. The Auditor said that according to the service provider, in 2008/09 nurses' judgments led them to deviate from the clinical guidelines for 5% of callers. No reason for the deviation was documented for 30% of these deviations. The Auditor recommended that the service provider require nurses to document the reason for providing advice that does not follow a clinical guideline or protocol. The Ministry said that nurses must now do this.

Callers' Compliance

The Auditor analyzed service provider data on callers' initially planned actions compared to the advice callers received from a nurse. The Auditor considered the levels of care from lowest to highest, to be to self-treat, see a doctor, or go to the emergency department. The Auditor noted that nurses advised 38% of callers to use the same level of care as originally planned; 33%, to use a lower level of care; and 29%, to use a higher level of care. Overall, about the same percentage of callers were advised to go to the emergency department as had originally intended to go there, but many of the callers who were referred there were not the ones who had originally planned to go.

Based on the service provider's 2008/09 data the Auditor noted that 94% of callers indicated that they intended to comply with the nurse's advice. Since callers were not asked to provide their Ontario health card (OHIP) number to the service provider, the Auditor said it is difficult to confirm whether they did. The Auditor recommended that the Ministry, in conjunction with the service provider, should develop a process (such as obtaining Ontario health card numbers and following up on a sample of the callers' subsequent actions) for periodically assessing the extent to which callers follow the nurses' advice.

Collection of Health Card Numbers

The Ministry said that it would work with the service provider to research ways to determine the impact of the advice provided to callers. It has consulted with the Information and Privacy Commissioner (the discussions are continuing) regarding the collection of health card numbers to assist with this determination. The Ministry is examining the impact such a change would have on the service.

Sykes said that OHIP number provision would help address the issue of out-of-province access to Ontario's teletriage services. If a caller has an OHIP number (regardless of caller location), the caller would be authorized to use the service. Provision of an OHIP number would also enable Sykes, in collaboration with the Ministry, to determine whether a caller advised not to go to emergency went.

The Ministry said that initially it was concerned that asking callers (predominantly mothers) for an OHIP number would distract their attention (from health issues) while they looked for their cards. However, the Ministry said that it knows of at least one other jurisdiction that collects health card numbers and that Health Care Connect callers are asked for these numbers and have been ready with them when they call. The Ministry said that if OHIP numbers were to be requested for teletriage health services, the Ministry might be able to warn people in advance through marketing initiatives.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

6. **The Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts on the Ministry's decision on whether or not to ask people calling into the Telephone Health Advisory Service and Telehealth Ontario to provide their Ontario health card (OHIP) number. The Ministry should provide a rationale for its decision.**

Quality Assurance

Call Audits and Complaints Process

The Auditor noted that reviewers (often a clinical team manager or a senior nurse) listen to at least 15 calls per month per call centre. The reviewers select calls to audit. The Auditor noted issues including the fact that reviewers can only audit calls as they take place and when call volumes permit (calls are not recorded) so most audits are performed during off-peak periods. One Canadian jurisdiction uses mystery callers (Ontario does not). The Auditor noted that most of the provinces consulted tape calls to use for quality assurance purposes. The Ministry's 2003 internal privacy impact assessment indicated that calls should generally not be taped. The Auditor felt that because calls were not taped it was not possible to know what transpired during the calls and concluded that it was not possible to assess the quality of medical advice being given.

The Auditor recommended that Sykes should have independent reviewers conduct an established number of random audits on calls received at different times of the day and on different days of the month, including weekends and holidays. The Auditor also recommended that Sykes should periodically analyze the overall issues noted in call audits and complaints to determine whether there are any systematic issues or trends that warrant follow-up. The Auditor also felt that the Ministry should request the Information and Privacy Commissioner's input on whether calls can be taped.

With respect to complaints, Sykes said it now has a more systematic approach. It consolidates complaints received and assesses reasons for them. One month the key issue related to customer service empathy. Sykes will work with the Ministry to determine an appropriate reporting format.

Satisfaction Surveys

The Committee wished to know what provisions exist for a quality of service review that is not based on complaints. As noted earlier (see "Advice to Callers" section) the Ministry said in fall 2010 it will conduct a formal and external evaluation of teletriage services to measure the overall effectiveness of the program against its identified objectives. This will include independent satisfaction surveys of callers, physicians and emergency department staff.

Taping Calls

The Ministry said that it has consulted with the Information and Privacy Commissioner regarding regular recording of calls. It has been told that the practice is allowable as long as callers are advised in advance and are given the opportunity to opt out. The Ministry said (if it were to tape calls) that it would work with the service provider to ensure that appropriate mechanisms, safeguards and retention processes would be in place. Taping calls would assist with assessing the quality of advice provided by nurses.

The Ministry said that it had not yet made a decision on taping calls but indicated that it was close to doing so. Retention of tapes is one matter that needs to be considered. Information from different jurisdictions varies greatly over the issue of how long tapes should be retained. The Ministry said that further consultation with the Information and Privacy Commissioner will be required on this matter.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

7. **The Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts on the outcome of the Ministry's ongoing consultations with the Information and Privacy Commissioner regarding the possibility of recording calls made to Ontario's teletriage health services. Taping calls would enable better quality assurance processes, such as independently determining the**

appropriateness of advice provided by teletriage nurses. The Ministry should outline its current position on this issue.

Payments for Teletriage Services

For the 2008/09 fiscal year, the service provider was paid $35.1 million for the teletriage services: a flat fee of $35 million for the first 900,000 registered calls (or about $39 per registered call) and about $27 per registered call after that. According to the Auditor three provinces which shared cost information indicated that their cost per call was about $20.

The Auditor said the Ministry had not investigated the reasons underlying significant differences in cost per call between Ontario and other jurisdictions, but indicated that possible explanations could include different costing methodologies, such as not including all capital costs, and variances in nurses' salaries. The Auditor recommended that the Ministry obtain information on the delivery of teletriage services in other provinces to determine whether there are areas where Ontario's teletriage services could be delivered more economically.

Costs in Other Jurisdictions

The Ministry said that even before the Auditor issued his report that it had always attempted to keep up to date regarding how teletriage services were delivered in other provinces. After the Auditor's audit, the Ministry consulted with several provinces about their payment structures. The provinces were only willing to share a high level of information, not the level of detail that the Ministry had hoped for and expected. It said that it is currently exploring different ways to streamline services with the goal of making them more cost effective.

The Ministry spoke to British Columbia (B.C.), New Brunswick, Alberta and Quebec. B.C. and Alberta provide their own teletriage services in-house. The Ministry calculated the cost per call to be between $26 and $29. The Ministry said that since B.C. and Alberta provide their services in-house and do not use activity-based costing their costs are not fully loaded. Overhead, such as HR support and infrastructure needs, would be absorbed in the overall budget. Additionally, the Ministry was unable to assess the performance measures associated with levels of service provided in B.C. and Alberta. The Ministry said that it was told confidentially by New Brunswick that New Brunswick's costs are higher than Ontario's. Both provinces use the same service provider. The Ministry was not able to obtain much information about the service in Quebec.

The Auditor said that Quebec has 15 call centres. It pays $14.48 per call plus an administration fee of $5.56 per call. The Auditor noted in the audit that it was not clear how the cost of infrastructure was accounted for but said to the Ministry that because the difference is so big between the other jurisdictions' cost per call of about $20 versus Ontario's cost per call of about $40 it would be worth examining if the other jurisdictions operate differently or more cost-effectively.

The Ministry noted that the difference in the cost per call may relate to differing service standards. In other provinces, service providers may be allowed one hour for call backs, instead of Ontario's 30 minutes. In Alberta, for example, callbacks are permitted to be made within 120 minutes. Some IT and human resources costs would not be represented in the cost per call.

In Ontario Nurses Must Handle Registered Calls

Sykes added that Ontario's contract specifies that a registered call must be handled by a nurse. The Ministry said that savings might, for example, be realized through increased use of patient assistant representatives (PARs) and the use of registered practical nurses (RPNs). In other jurisdictions, not all calls are handled by nurses. Sykes believes that many incoming calls do not require a nurse and pointed to the difference in costs between a $30/hour nurse versus a $10/hour PAR. It said that the Ministry agrees and that the two will jointly identify the appropriate level (of nurses to handle calls). The Committee asked whether RPNs are used in other jurisdictions' teletriage health services. The Ministry said it did not believe so; Ontario may break new ground. However PARs, who are neither registered nurses (RNs) nor RPNs, are used in many other jurisdictions, for example, for the collection of demographic information (not for patient triage).

Demand and Call Cost per Minute

The Ministry said that demand for Ontario's teletriage services has been flat with 900,000 to one million registered calls per year over the last eight or nine years. The Ministry will explore different means of increasing call volume.

Registered calls are 11 minutes long on average. The Committee wished to know whether Sykes had considered charging based on cost per minute as opposed to a flat rate of cost per call. Sykes said that although it is not averse to doing this that it has not considered it because it responded to an RFP based on cost per call. Sykes said that nurses are paid by the hour. The Committee noted this means that the nurses' compensation is time-based, while the call centre's compensation is call-based.

The Ministry said that it wishes to examine all options for saving money, excluding re-opening the contract with the service provider. While the Ministry said it would take the cost per minute model under consideration, it also explained the rationale underpinning the current model. In 2007 the Ministry decided to set pricing based on the idea that the service provider would run a contact centre, as opposed to a call centre. The Ministry further noted that:

- A key issue (discussed earlier) is the retention of clinically skilled individuals, which can be challenging.
- It wishes to have respect for people's health needs and not to create what it described as a perverse environment of calls being ended quickly because more money can be made that way.
- "This is not a volume business, it's a quality business."

The Ministry repeated, however, that it is prepared to revisit the model should it be in the best public policy interests of Ontarians.

Supplementary Information

After the hearings Sykes provided the following table of cost per call minute data:

April 2008-March 2009	Value
Invoice Revenue	$35,117,839
Invoiced calls	905,200
Handled Incoming (Nurse and PAR)	1,115,624
Productive Minutes	13,329,864
Staffed Minutes	20,291,758
Cost per Invoiced Call	$38.80
Cost per Handled Call	$31.48
Cost per Productive Minute	**$2.63**
Cost per Staffed Minute	**$1.73**

"Productive" minutes represent the occupied time for all agents, or the total number of minutes all agents were actively processing calls. "Staffed" minutes represent the amount of time where all staff was both actively processing calls and waiting, available to receive the next call.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

8. **The Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts on the results of its efforts to reduce the cost of calls to its teletriage services. The Ministry should specify:**

   - **whether it would consider changing its current payment model for calls handled by the service provider, specifying what, if any, other model is under consideration;**
   - **decisions taken by the Ministry and the service provider regarding service provider staffing, for example, whether patient assistant representatives (PARs) could gather demographic information from callers, and whether registered practical nurses (RPNs) could also be employed by the service provider and if so, in what capacity;**
   - **whether the Ministry would consider using more than one service provider, specifying if not why not or if so, why; and**
   - **what measures are in place for the Ministry to oversee service delivery by the service provider.**

H1N1 Call Volume Increase

The Ministry provided information on the surge of calls in October-November 2009 in connection with the H1N1 virus. The surge resulted in long wait times for callers. The Ministry noted numerous strategies implemented by Sykes to address this, including adjusting shifts and having staff work additional hours. Sykes referred again to the contract provision requiring nurses to handle registered calls. It said that many calls, such as those requesting the location and hours of H1N1 clinics, did not need to be answered by a nurse. During the crisis, Sykes implemented recorded messages which assisted those people who wanted only very general information and did not necessarily wish to speak to a nurse.

Procurement

The Ministry said that the 2007 procurement process for teletriage services provided assurance that the amount set for the service was competitive within Ontario. It provided details on the Request for Qualifications (RFQ) and Request for Proposals (RFP) processes and noted that a fairness commissioner oversaw the procurement process.

Translation Services

Sykes uses CanTalk, a Winnipeg company, for its translation services. The Committee wished to know why Sykes did not use an Ontario company. It said that it is currently looking at alternatives but that no decision has been made. The Ministry (explaining the decision to use CanTalk) stressed the Ministry's high service level standard comprising the need for a service provider with a 100-plus multilingual capability that is able to provide service within 90 seconds.

Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

9. **The Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts on the outcome of the service provider's review to determine whether an Ontario based company could perform the necessary call centre translation services for Ontario's teletriage services.**

CONSOLIDATED LIST OF RECOMMENDATIONS

The Standing Committee on Public Accounts requests that the Ministry of Health and Long-Term Care provide the Committee Clerk with a written response to each of the Committee's recommendations within 120 calendar days of the tabling of the report with the Speaker of the Legislative Assembly, unless otherwise specified in a recommendation.

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

1. By March 31, 2011 the Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts on the results of the Ministry's survey on public awareness and use of teletriage services as well as any new measures planned by the Ministry to address issues identified in the survey. Specifically, the Ministry should

- specify measures intended to ensure that primary care groups routinely communicate information about the Telephone Health Advisory Service (THAS) to their patients;
- report on the reasons identified in the survey for underutilization of teletriage services in certain segments of the population, what these groups say would increase their use of the services, and how the Ministry intends to follow-up on these findings; and
- provide a timeline for the introduction of any planned new measures.

2. The Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts by March 31, 2011 on the outcome of its cost-benefit analysis to assess the business case for introducing an 811 number for teletriage services in Ontario. The Ministry should specify whether it supports the introduction of the 811 number, how this number would be publicized, what the costs associated with a possible associated increase in call volume would be and what cost-saving measures might be simultaneously introduced.

3. The Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts on whether the Ministry has requested its service provider to change its wait time measure to start when the call is received rather than when the caller is subsequently put in a queue to wait to talk to a nurse. The Ministry should also specify any measures that it and its service provider are considering to improve any excessive wait times identified.

4. The Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts on measures, including potential financial penalties, that the Ministry has considered to ensure that physician input is available when needed for callers to the Telephone Health Advisory Service (THAS) and the implications of those measures. The Ministry should include information on monthly data that it is now receiving and monitoring from the service provider on unanswered pages. It should report on the outcomes and any

proposed remedies resulting from the Ministry's consultations with primary care groups and the Ontario Medical Association on the issue of unanswered pages. The Ministry should also specify whether enhancements to information technology are being considered to help improve physician response rates to pages.

5. While recognizing that the service provider has a small percentage of its nurses currently working from home, the Standing Committee on Public Accounts encourages the Ministry of Health and Long-Term Care and its service provider to assess the impact the work-from-home option has on nurse recruitment and the service provider's ability to retain an experienced, stable workforce. This assessment should also cover

- whether working from home impacts the quality of nurses' work; and
- whether effective safeguards are in place to protect client privacy.

6. The Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts on the Ministry's decision on whether or not to ask people calling into the Telephone Health Advisory Service and Telehealth Ontario to provide their Ontario health card (OHIP) number. The Ministry should provide a rationale for its decision.

7. The Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts on the outcome of the Ministry's ongoing consultations with the Information and Privacy Commissioner regarding the possibility of recording calls made to Ontario's teletriage health services. Taping calls would enable better quality assurance processes, such as independently determining the appropriateness of advice provided by teletriage nurses. The Ministry should outline its current position on this issue.

8. The Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts on the results of its efforts to reduce the cost of calls to its teletriage services. The Ministry should specify:

- whether it would consider changing its current payment model for calls handled by the service provider, specifying what, if any, other model is under consideration;
- decisions taken by the Ministry and the service provider regarding service provider staffing, for example, whether patient assistant representatives (PARs) could gather demographic information from callers, and whether registered practical nurses (RPNs) could also be employed by the service provider and if so, in what capacity;
- whether the Ministry would consider using more than one service provider, specifying if not why not or if so, why; and
- what measures are in place for the Ministry to oversee service delivery by the service provider.

9. The Ministry of Health and Long-Term Care shall report back to the Standing Committee on Public Accounts on the outcome of the service provider's review to determine whether an Ontario based company could perform the necessary call centre translation services for Ontario's teletriage services.

Legislative Assembly of Ontario

Assemblée législative de l'Ontario

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

SERVICES DE TÉLÉTRIAGE

(Rapport annuel 2009 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.13)

2e session, 39e législature
59 Elizabeth II

Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque et Archives Canada

Ontario. Assemblée législative. Comité permanent des comptes publics
Services de télétriage (Rapport annuel 2009 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.13)

Text en français et en anglais disposé tête bêche.
Titre de la p. de t. additonnelle: Teletriage health services (section 3.13, 2009 Annual report of the Auditor General of Ontario)
Également disponible sur l'Internet.
ISBN 978-1-4435-4826-7

1. Télésanté Ontario – Audit. 2. Ontario. Service téléphonique d'aide médicale – Audit. 3. Triage (Médecine) – Ontario. 4. Télémédecine—Ontario. 5. Ontario. Ministère de la santé et des soins de longue durée. I. Titre. II. Titre: : Teletriage health services (section 3.13, 2009 Annual report of the Auditor General of Ontario)

RC86.7 O5 2010 362.18 C2010-964042-XF

Legislative Assembly of Ontario

Assemblée législative de l'Ontario

L'honorable Steve Peters
Président de l'Assemblée législative

Monsieur le président,

Le Comité permanent des comptes publics a l'honneur de présenter son rapport et de le confier à l'Assemblée.

Le président du comité,

Norman W. Sterling

Queen's Park
Octobre 2010

COMPOSITION DU

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

2e session, 39e législature

NORMAN W. STERLING
Président

PETER SHURMAN
Vice-président

WAYNE ARTHURS

AILEEN CARROLL

FRANCE GÉLINAS

JERRY J. OUELLETTE

DAVID RAMSAY

LIZ SANDALS

DAVID ZIMMER

Katch Koch et Trevor Day
Greffiers du comité

Susan Viets
Recherchiste

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

LISTE DES CHANGEMENTS DANS LA COMPOSITION DU COMITÉ

MARIA VAN BOMMEL a été remplacée par WAYNE ARTHURS le 22 septembre 2010.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE 1
Remerciements 1

VUE D'ENSEMBLE 1
Objectif de la vérification 1
Contexte 2

QUESTIONS SOULEVÉES DANS LE CADRE DE LA VÉRIFICATION ET DEVANT LE COMITÉ 2
Accès aux services de télétriage 2
Sensibilisation du public 2
Numéro de téléphone 5
Données démographiques et appels provenant de l'extérieur de la province 6
Gestion des appels 6
Périodes d'attente 6
Prise de contact avec les médecins de garde 7
Demandes de renseignements 9
Confidentialité 10
Conseils aux appelants 10
Dotation 10
Conformité aux lignes directrices cliniques 12
Conformité des appelants 13
Assurance de la qualité 14
Vérification des appels et processus de traitement des plaintes 14
Paiement des services de télétriage 16
Approvisionnement 19

LISTE RÉCAPITULATIVE DES RECOMMANDATIONS 21

PRÉAMBULE

Le vérificateur général (le vérificateur) a remarqué que le nombre d'appels aux services de télétriage (Télésanté Ontario et le Service téléphonique d'aide médicale (STAM)) diminue. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (le Ministère) passe un contrat avec un fournisseur de services du secteur privé, Sykes Assistance Services, pour la prestation des deux programmes. Selon le vérificateur, les résultats d'une enquête indépendante indiquaient que les clients de Télésanté Ontario étaient généralement satisfaits, mais seule une petite partie de la population ontarienne utilise les services de télétriage. Il a suggéré des façons d'améliorer les services et a dit également que le Ministère, même s'il a acquis les services en régime de concurrence, devrait évaluer l'écart important qui existe entre le coût des appels en Ontario et celui, beaucoup moins élevé, constaté dans les autres provinces. Il s'agit là de deux constatations principales de la vérification de l'optimisation des ressources des services de triage effectuée par le vérificateur (section 3.13 du *Rapport annuel 2009* du vérificateur).

Le Comité permanent des comptes publics a tenu une journée d'audiences publiques en avril 2010 sur le rapport du vérificateur. Des cadres supérieurs du Ministère et de Sykes ont pris part aux audiences. (On trouvera la transcription des audiences tenues par le Comité le 14 avril 2010 dans le *Journal des débats* des comités.) Le Comité souscrit aux constatations et recommandations du vérificateur; le présent rapport présente les propres constatations, opinions et recommandations du Comité. Celui-ci demande au Ministère de faire parvenir au greffier du Comité ses réponses écrites à l'égard des recommandations du Comité dans les 120 jours civils suivant le dépôt du présent rapport auprès du président de l'Assemblée législative, sauf indication contraire dans une recommandation.

Remerciements

Le Comité tient à remercier les représentants du ministère de la Santé et des Soins de longue durée et de Sykes Assistive Services de leur participation aux audiences. Il remercie également le Bureau du vérificateur général, le greffier du Comité et le personnel du Service de recherches de l'Assemblée législative pour l'assistance qu'ils lui ont prêtée durant les audiences et les délibérations sur la rédaction du rapport.

VUE D'ENSEMBLE

Objectif de la vérification

L'objectif principal de la vérification était de déterminer si les services de télétriage offraient un accès confidentiel, en temps opportun et de manière économique, à des conseils santé répondant aux besoins des Ontariennes et Ontariens. La vérification mettait l'accent sur Télésanté Ontario et le STAM.

Contexte

Les services de télétriage de l'Ontario offrent un accès téléphonique confidentiel et gratuit à une infirmière ou un infirmier autorisé qui peut donner des conseils ou des renseignements généraux sur la santé. Les appelants inscrits auprès des médecins participant à des équipes de santé familiale peuvent appeler le soir au STAM du lundi au vendredi et en tout temps durant la fin de semaine. Le STAM facilite l'accès des patients à un médecin de garde, s'il y a lieu.

Le fournisseur de services, Sykes, emploie près de 300 infirmières et infirmiers autorisés, répartis entre cinq centres d'appels. Au cours de l'exercice 2008-2009, le personnel infirmier a répondu à 905 000 appels; le montant total payé au fournisseur de services s'élevait à 35,1 millions de dollars. Selon le Ministère, l'un des objectifs de Télésanté et du STAM est de déterminer si la personne qui appelle devrait en fait se rendre au service des urgences d'un hôpital ou recourir à d'autres méthodes fiables et efficaces pour traiter un problème de santé.

Accès Soins

Le Ministère a dit que Télésanté Ontario soutient Accès Soins, un programme qui aide les gens à trouver un médecin de famille dans leur collectivité. Télésanté est le premier mode de prise en charge pour Accès Soins. Le Comité a indiqué qu'il n'était pas au courant du rôle de Télésanté en rapport avec Accès Soins.

QUESTIONS SOULEVÉES DANS LE CADRE DE LA VÉRIFICATION ET DEVANT LE COMITÉ

D'importantes questions ont été soulevées dans le cadre de la vérification et devant le Comité. Celui-ci accorde une importance particulière aux questions examinées ci-dessous.

Accès aux services de télétriage

Sensibilisation du public

Le vérificateur a remarqué que différentes campagnes de promotion avaient été menées pour sensibiliser le public à l'existence de Télésanté dans les premières années de la création du programme. En outre, les contrats conclus entre le Ministère et les bureaux de médecins précisent que la promotion du STAM est une responsabilité conjointe. Les médecins doivent informer leurs patients de l'existence de ce service. (Des ententes contractuelles tripartites ont été conclues entre le Ministère, les groupes de soins primaires, composés d'un nombre varié de médecins, et l'Ontario Medical Association.)

Selon le vérificateur, environ 5 % des habitants de l'Ontario ont fait des appels aux services de télétriage en 2008-2009; les programmes semblables mis sur pied dans les autres provinces recevaient davantage d'appels. Par exemple, le service québécois a reçu 2 millions d'appels pour une population de 7,4 millions, tandis que le service albertain a reçu 1 million d'appels pour une population de

3,3 millions. Les appels reçus par le STAM concernaient seulement 1 % à peu près des personnes admissibles. Le vérificateur a recommandé que le Ministère envisage de maintenir un STAM séparé ou d'accroître le niveau de sensibilisation et d'acceptation des services de télétriage, particulièrement chez les personnes admissibles au STAM et dans les groupes démographiques, comme celui des personnes âgées, qui n'en font pas une utilisation optimale.

Sondage

Le Ministère a dit qu'il mesurait la sensibilisation du public et l'utilisation des services de télétriage au moyen d'un sondage. Mené en mars 2010, le sondage était axé sur les aînés et sur les résidents du Nord de l'Ontario.

Renseignements supplémentaires sur le sondage

À la suite des audiences, le Ministère a indiqué que le sondage s'était terminé à la fin de mars 2010. L'entreprise de sondage a rassemblé et compilé les résultats et les a présentés au Ministère le 23 avril 2010. Le Ministère s'en servira pour élaborer une stratégie visant à faire connaître les services de télétriage et à en accroître l'adoption et l'utilisation.

Fournisseurs de soins primaires et promotion du STAM

Le Comité voulait savoir en quoi les équipes de santé familiale et les autres fournisseurs de soins primaires étaient tenus d'informer les patients de l'existence du STAM. Le Ministère a dit que le sondage permettra de déterminer dans quelle mesure les gens connaissent l'existence du STAM, tout en ajoutant que le faible volume d'appels indique que le service est peu connu. Actuellement, des cartes format portefeuille, des brochures et des affiches dans les bureaux des groupes de soins primaires servent à promouvoir le STAM. Le Ministère a dit qu'il a besoin de renseignements pertinents pour éviter de produire du matériel de marketing peu percutant et que ce n'est pas avant plusieurs mois qu'il pourra prendre une décision finale sur des questions comme l'utilisation de nouveaux outils de marketing pour faire connaître le STAM.

Le Ministère a indiqué que les équipes de santé familiale ne sont aucunement tenues de parler couramment du STAM à leurs patients, mais leur contrat les oblige à les informer de l'existence du service et de la possibilité d'y accéder en dehors des heures ouvrables. Le sondage permettra de définir la meilleure façon de communiquer ces renseignements et il permettra également de déterminer le nombre de médecins de garde nécessaire.

L'Ontario Medical Association (OMA) et la promotion du STAM

Le Ministère a communiqué avec l'OMA pour discuter des moyens qu'elle pourrait prendre pour faciliter la promotion du STAM par ses membres auprès des patients. Le Ministère a souligné qu'il espère que le STAM contribuera à réduire le nombre de visites inutiles au service des urgences des hôpitaux.

Centre de contact

Le Comité a demandé si un centre de contact comportant plusieurs outils multimédias comme le clavardage et le courriel serait plus efficace qu'un centre d'appels pour la population de l'Ontario. Sykes a dit que l'on constate un passage des centres d'appels aux centres de contact dans l'industrie. Le fournisseur de services convient qu'un centre de contact attirerait peut-être davantage les utilisateurs plus jeunes, en particulier. Il a cependant ajouté que le Ministère est celui qui établit les lignes directrices et a fait remarquer que, parfois, un centre de rappel est plus efficace. Par exemple, pour qu'un programme de lutte contre le tabagisme obtienne du succès, il est important que la même personne-ressource rappelle les clients afin d'établir un lien de confiance. Cette confiance est nécessaire pour favoriser le changement de comportement. Or, il est plus difficile d'établir un lien de confiance quand le client parle à une personne différente chaque fois qu'il appelle.

Le Ministère a dit que le jugement du personnel infirmier est un aspect crucial des services de télétriage. Il est toutefois intéressé par une approche à canaux multiples et il utilise déjà un site Web « robuste » pour Accès Soins.

Sous-utilisation dans certains segments de la population

Le Ministère a remarqué que le vérificateur a fait état d'une sous-utilisation des services de télétriage dans certains segments de la population. Ce sont principalement les femmes en âge de procréer qui utilisent les services et elles appellent en général au sujet de leurs enfants; les aînés utilisent peu le service. Le sondage permettra, entre autres, de déterminer les éléments qui favoriseraient l'utilisation de Télésanté et du STAM, et fournira de l'information sur les obstacles à l'utilisation de ces services.

Recommandation du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

1. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent des comptes publics au plus tard le 31 mars 2011 un rapport sur les résultats du sondage effectué par le Ministère sur la sensibilisation du public et l'utilisation des services de télétriage, ainsi que sur les nouvelles mesures que compte prendre le Ministère, le cas échéant, pour remédier aux problèmes relevés dans le cadre du sondage. Plus précisément, le Ministère doit**

    - **préciser les mesures qu'il compte prendre pour faire en sorte que les groupes de soins primaires communiquent régulièrement à leurs patients l'information sur le Service téléphonique d'aide médicale (STAM);**
    - **indiquer les raisons, d'après le sondage, de la sous-utilisation des services de télétriage dans certains segments de la population, les éléments qui inciteraient ces groupes, selon eux, à utiliser**

davantage les services, et le suivi que le Ministère compte donner à ces constatations;

- **indiquer le délai de mise en œuvre des nouvelles mesures prévues, le cas échéant.**

Numéro de téléphone

Le vérificateur a souligné que le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes a mis de côté en juillet 2005 le numéro de téléphone « 811 » pour les services non urgents de télésanté ou de télétriage des provinces. La Colombie-Britannique et le Québec ont adopté ce numéro. Le vérificateur a recommandé que le Ministère envisage d'adopter un numéro de téléphone facile à retenir, comme le « 811 », pour Télésanté Ontario et pour le STAM.

Le Ministère a indiqué que l'adoption du numéro « 811 » n'était pas « dans ses plans » avant que le vérificateur soulève la question. Télésanté Ontario, qui a un numéro 1 800, existe depuis plus de dix ans. Le Ministère estime que la population connaît davantage Télésanté que le STAM, qui est un service un peu plus récent.

En faisant référence à l'augmentation rapide du nombre d'appels (indiquée par le vérificateur) au Québec à la suite de l'adoption du numéro « 811 », le Ministère a dit que le sondage permettra de déterminer si les personnes qui résident en Ontario auront plus de facilité à se rappeler d'un numéro « 811 » que de l'endroit où ils ont placé un aimant de réfrigérateur indiquant le numéro actuel du service. En réponse à une question du Comité, le Ministère a répondu qu'il n'y aurait pas de problèmes techniques, selon lui, associés à l'utilisation du numéro « 811 ».

Analyse coûts-avantages de l'adoption du numéro 811

Le Ministère a dit qu'il examinerait les résultats du sondage et les coûts associés à l'adoption du numéro 811 et qu'il entreprendrait ensuite une analyse coûts-avantages pour évaluer le dossier. Il serait nécessaire d'obtenir l'approbation du gouvernement. Prévoyant que l'instauration du numéro 811 ferait augmenter le nombre d'appels et, par conséquent, les frais, le Ministère collabore également avec le fournisseur de services pour déterminer les mesures d'économie qui pourraient être instaurées en parallèle.

Recommandation du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

2. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent des comptes publics au plus tard le 31 mars 2011 un rapport sur le résultat de son analyse coûts-avantages du dossier de mise en œuvre du numéro 811 pour les services de télétriage en Ontario. Le Ministère doit indiquer s'il est en faveur de l'instauration du numéro 811, les moyens qu'il prendrait pour le**

faire connaître, les coûts qui seraient associés à une augmentation connexe possible du nombre d'appels et les mesures d'économie qui pourraient être instaurées parallèlement au numéro 811.

Données démographiques et appels provenant de l'extérieur de la province

D'après l'analyse faite par le vérificateur des données sur les appelants pour 2008, les appels aux services de télétriage concernaient environ 4 % seulement des personnes âgées en Ontario, et près de 2 000 appels consignés provenaient de l'extérieur de l'Ontario. Sykes a dit que les numéros sans frais de Télésanté Ontario et du STAM ne sont accessibles qu'à partir d'un numéro de téléphone de l'Ontario. Quiconque appelle de l'extérieur de la province ou du pays au moyen d'un téléphone ayant un numéro de l'Ontario (par exemple, un numéro de téléphone cellulaire de l'Ontario) obtient l'accès aux services de télétriage.

Gestion des appels

Périodes d'attente

Le temps d'attente calculé par le vérificateur pour les personnes dans la file de rappel était différent (c'est-à-dire, plus long) de celui calculé par le fournisseur de services parce que le vérificateur a déterminé que la période passée en attente de rappel commence au moment où l'appel reçu initialement est pris en charge par le répondeur automatisé et non au moment où l'appelant est mis en file de rappel. Le fournisseur de services ne surveillait pas le temps passé dans la file d'attente en direct. Le vérificateur a recommandé que le Ministère exige du fournisseur de services qu'il calcule la période d'attente depuis la réception de l'appel initial pour la file d'attente en direct et pour la file de rappel.

Temps passé dans la file de rappel

Le Ministère a dit que le rapport du vérificateur et les questions du Comité lui ont permis de comprendre qu'il ne percevait pas nécessairement le temps d'attente de la même façon que les consommateurs et que le temps d'attente du point de vue de ceux-ci commence dès le moment où ils appellent. Le Ministère a collaboré avec Sykes pour s'assurer que le fournisseur de services peut mesurer la période d'attente à partir du moment où un appel reçu est pris en charge par un répondeur automatisé. Le Ministère a observé que la plupart des gens n'attendent qu'environ six minutes pour parler à un membre du personnel infirmier avant de décider de laisser un message pour qu'on les rappelle. Il a dit que Sykes affichait un bon rendement pour ce qui est de retourner les appels dans les délais prévus (d'après les paramètres du contrat). Le Ministère évaluera les nouvelles données reçues de Sykes pour déterminer s'il est nécessaire d'apporter des modifications au contrat.

Période passée dans la file d'attente en direct et appels abandonnés

Selon Sykes, même s'il n'était pas tenu initialement de mesurer le temps passé dans la file d'attente en direct, il a maintenant passé en revue 14 mois de données pour mesurer cet élément et a constaté que le temps moyen qu'un appelant passait dans la file d'attente en direct avant de raccrocher était de 6,7 minutes. La période

d'attente moyenne avant la prise en charge d'un appel était de 6,4 minutes. Six pour cent des appels qui atteignent le standard téléphonique ont été abandonnés. Le Ministère a dit que l'objectif de ce genre d'examen est d'améliorer le délai de réponse pour garantir que l'on répond aux questions de tous les appelants dans un délai raisonnable.

Recommandation du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

3. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent des comptes publics un rapport indiquant s'il a demandé à son fournisseur de services de modifier sa mesure du temps d'attente pour commencer le calcul à compter du moment où l'appel est reçu plutôt qu'à compter du moment où l'appelant est mis en file d'attente pour parler à un membre du personnel infirmier. Le Ministère doit également indiquer les mesures que lui-même et le fournisseur de services envisagent de prendre, le cas échéant, pour améliorer les délais d'attente excessifs.**

Prise de contact avec les médecins de garde

Le vérificateur a observé que pour à peu près un appel sur cinq fait au STAM en 2008, le membre du personnel infirmier qui a traité l'appel a décidé de prendre contact avec un médecin de garde. Dans plus de 70 % des cas, il a fallu envoyer plus d'un message et, dans 9 % des cas, le médecin n'a pas rappelé. Le vérificateur a constaté qu'environ 10 % des centres de médecine familiale ne répondaient pas à au moins le tiers des messages reçus. Or, le centre de médecine familiale qui ne répond pas à ses messages ou qui n'y répond pas dans des délais raisonnables n'encourt aucune sanction pécuniaire. Le vérificateur a recommandé que le Ministère envisage d'autres moyens d'encourager les médecins à répondre aux messages en temps opportun, par exemple en prévoyant des sanctions pécuniaires pour les médecins de garde qui ne répondent pas à leurs messages ou des incitatifs financiers pour ceux qui dépassent invariablement les normes.

Cinq groupes de soins primaires ne rappelaient pas de façon systématique

Le Ministère se penche sur les mesures à prendre pour faire en sorte que les médecins de garde répondent aux messages en temps opportun. Dans la plupart des cas, a-t-il dit, les médecins répondent aux messages. Il y a plus de 600 groupes de soins primaires, composés en tout de quelque 6 700 médecins. Les constatations du vérificateur ont permis au Ministère d'établir que cinq groupes de soins primaires ne répondaient pas aux messages de façon systématique (parfois, ils n'y répondaient pas du tout). Le Ministère est maintenant en mesure de discuter directement avec les médecins de ces groupes.

Sykes transmet maintenant des données au Ministère à propos des messages laissés sans réponse, lesquels feront l'objet d'une surveillance mensuelle, et aidera en outre le Ministère à amorcer les discussions avec les médecins des groupes de

soins primaires à propos de leurs responsabilités contractuelles. Le Ministère continuera par ailleurs de collaborer avec l'OMA à ce sujet. Rien n'indique que les discussions sur les réponses aux messages doivent faire partie formellement des discussions contractuelles.

Renseignements supplémentaires

À la suite des audiences, le vérificateur a transmis au Comité de l'information et une analyse des données des centres d'appels indiquant que 20 491 messages avaient été envoyés à 605 groupes de médecins en 2008. Afin d'obtenir un point de vue équitable sur la rapidité avec laquelle les médecins répondent à leurs messages, le vérificateur a dit que seuls les groupes de médecins qui avaient reçu au moins cinq messages, mais n'avaient pas répondu à deux messages ou plus, ont été pris en compte. Ainsi, sur 427 centres de médecine familiale qui avaient reçu au moins cinq messages durant l'année, 281 n'avaient pas répondu à deux messages ou plus. Parmi ces 281 groupes de médecins, 97 avaient répondu à moins de 80 % de leurs messages.

Téléavertissement et utilisation de la technologie

Le Comité a demandé au Ministère s'il avait envisagé d'utiliser des technologies telles que le BlackBerry pour prendre contact avec les médecins afin de faciliter les communications directes. Le Ministère estimait que c'était une idée intéressante. Il a dit qu'il lui faudrait déterminer certains points, comme savoir si les médecins utilisent tous la même technologie et quelle approche ils privilégient en matière de communications électroniques. Quand le Ministère aura déterminé la façon dont les médecins préfèrent recevoir de l'information, il pourra canaliser ses efforts en conséquence. (À propos d'une question un peu différente, le Ministère a dit que les tentatives répétées pour convaincre le Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée d'autoriser l'utilisation des appareils BlackBerry pour communiquer de l'information sensible sur les patients avaient été infructueuses; le Ministère poursuit les discussions avec le Commissaire sur les moyens d'améliorer les communications et les délais de réponse.)

Besoin possible d'un plus petit nombre de médecins pour répondre aux messages

Le Ministère a dit qu'il tentera également de déterminer s'il y a trop de médecins de garde pour le STAM. Dans certains cas, les messages laissés sans réponse étaient destinés à des médecins qui n'avaient jamais reçu de messages auparavant. Le Ministère se demande s'il serait préférable d'avoir un plus petit nombre de médecins pour répondre aux messages, de sorte que ceux-ci sachent qu'ils seront appelés et soient ainsi prêts à venir en aide au personnel infirmier. Le Ministère consultera l'OMA à ce sujet; il a souligné que si le nombre de médecins de garde diminue, il y aura des économies correspondantes. Il discutera également avec l'OMA de la question des incitatifs ou des sanctions en rapport avec les messages laissés sans réponse. Le Ministère tient à se familiariser avec les enjeux associés aux messages laissés sans réponse avant de s'attaquer au problème.

Le Comité désirait savoir à quel moment ce problème serait corrigé. Le Ministère a répondu qu'il ne lui faudrait probablement que quelques semaines pour identifier les groupes où la réponse aux messages semble poser le plus de problèmes et leur donner un avertissement. Toutefois, il est possible que le problème se constate ensuite dans d'autres groupes. Le Ministère a dit qu'il accélérera les discussions avec l'OMA et qu'il transmettra le point de vue du Comité et du président, à savoir qu'il est urgent d'entreprendre des négociations pour remédier au problème des messages laissés sans réponse.

Recommandation du Comité

Le Comité permanent des comptes publics est grandement préoccupé par le fait que certains médecins négligent de répondre aux messages et il recommande ce qui suit :

4. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent des comptes publics un rapport sur les mesures, notamment des sanctions financières éventuelles, que le Ministère a envisagées pour garantir qu'il est possible d'obtenir l'opinion d'un médecin lorsqu'on en a besoin pour les personnes qui appellent au Service téléphonique d'aide médicale (STAM), ainsi que sur les conséquences de ces mesures. Le Ministère doit inclure de l'information sur les données mensuelles qu'il reçoit désormais du fournisseur de services sur les messages laissés sans réponse, et qu'il surveille. Il doit faire part des résultats de ses consultations auprès des groupes de soins primaires et de l'Ontario Medical Association sur le problème des messages laissés sans réponse, ainsi que des mesures correctives proposées à la suite de celles-ci. Le Ministère doit également indiquer s'il envisage d'apporter des améliorations sur le plan de la technologie de l'information afin d'améliorer le taux de réponse des médecins aux messages.**

Demandes de renseignements

Le vérificateur a remarqué que 11 % des appels consignés concernaient des demandes de renseignements touchant la santé et 4 %, des demandes de renseignements sur les services communautaires. Le fournisseur de services met en permanence à la disposition des appelants une audiomagnétothèque ainsi qu'une liste des services communautaires de l'Ontario. Bien que le contrat du fournisseur de services avec le Ministère exige qu'un membre du personnel infirmier parle aux appelants, le vérificateur a remarqué que le personnel infirmier traitait lui-même plus de 99 % des demandes de renseignements, au lieu de diriger l'appelant vers l'audiomagnétothèque. Le vérificateur a recommandé que le Ministère demande au fournisseur de services de donner pour instruction à son personnel infirmier de diriger les appelants qui désirent obtenir le numéro de téléphone ou l'adresse d'un service communautaire vers le personnel non infirmier.

Le Ministère a dit qu'il collabore avec Sykes pour faire en sorte que les appels portant sur une demande d'information soient dirigés vers le personnel non

infirmier et que ce personnel recueille des renseignements démographiques. Le Ministère a dit qu'il s'est doté d'un comité consultatif médical composé de différents professionnels de la santé qui excellent dans leurs disciplines respectives, tant dans le domaine de la médecine que dans celui de l'éthique médicale. Le Comité examine les protocoles et les renseignements connexes fournis aux appelants.

Confidentialité

Le vérificateur a souligné que le fournisseur de services ne se livrait pas à des tests de vulnérabilité ou de pénétration sur les serveurs et l'équipement réseau de ses services de télétriage. Le Ministère a fait référence à l'évaluation des menaces et des risques qu'il a effectuée en 2008 (mentionnée par le vérificateur) et a dit qu'il procéderait à une autre évaluation du genre en 2010. Il a indiqué que l'évaluation des menaces et des risques comprend des tests de pénétration parmi les nombreuses étapes de l'évaluation.

Conseils aux appelants

En mentionnant l'intention du Ministère de chercher, de concert avec le fournisseur de services, des moyens de déterminer l'impact des conseils fournis aux appelants, le Comité désirait savoir si ceci faisait partie du sondage du Ministère. Celui-ci a répondu que ce n'était pas le cas et qu'il entreprendrait un processus d'appel d'offres à l'automne 2010 portant sur l'exécution d'une évaluation formelle de l'impact des conseils fournis aux appelants. Tout en espérant que l'évaluation sera terminée à la fin de l'exercice 2010-2011, le Ministère a ajouté que certains aspects de l'évaluation pourraient prendre plus de temps. Il a souligné qu'il avait retenu les services d'un consultant externe pour entreprendre une évaluation longitudinale de Télésanté Ontario, qui a commencé en avril 2003 et s'est terminée en juin 2005. Le Ministère a dit que l'évaluation avait été très instructive, notamment sur les mesures à prendre pour éviter des coûts et réaliser des économies; elle lui avait également permis d'identifier des normes susceptibles d'amélioration.

Dotation

Au 21 décembre 2008, près de 300 infirmières et infirmiers travaillaient dans les centres d'appels de Sykes. D'après l'échantillon d'infirmières et infirmiers engagés en 2008 analysé par le vérificateur, 23 % d'entre eux avaient moins d'un an d'expérience en soins actifs et 20 % avaient accumulé moins de trois ans d'expérience au total (la proposition soumise par le fournisseur de services au Ministère en 2007 indiquait que le personnel infirmier possédait au moins trois ans d'expérience des soins infirmiers). Les activités de formation comprennent une étude de cas mensuelle. Le vérificateur a remarqué que plus de 25 % des chefs d'équipe avaient fait moins de la moitié des études de cas requises en 2008.

Le vérificateur a recommandé que le fournisseur de services engage du personnel infirmier qui possède au moins trois ans d'expérience dans ce domaine, dont au moins un an d'expérience des soins actifs ou d'expérience clinique,

conformément à la proposition présentée pour obtenir le contrat de services de télétriage et à ses politiques internes. Le vérificateur a dit également que le fournisseur de services doit veiller à ce que le personnel infirmier suive une formation continue conformément aux politiques.

Personnel infirmier : expérience et tests

Le Ministère a dit qu'il veillera à ce que les exigences énoncées dans le contrat conclu avec le fournisseur de services soient respectées. Il a instauré des exigences supplémentaires en matière de rapport qui consistent à documenter les données mensuelles sur la formation du personnel infirmier ainsi qu'un programme d'assurance de la qualité, avec la collaboration de Sykes. Le fournisseur de services a dit qu'il n'embauchait plus d'infirmières et infirmiers possédant moins de trois ans d'expérience. Son personnel infirmier compte actuellement 22 membres qui ne satisfont pas à ce critère. Selon Sykes, son personnel infirmier est soumis à des tests exhaustifs durant le recrutement, dont plusieurs tests servant à faire une évaluation objective de la capacité de jugement des infirmières et infirmiers. Les autres tests visent à évaluer leurs aptitudes pour la saisie de données, leurs compétences linguistiques et leur connaissance du système d'exploitation Windows (les compétences en informatique sont importantes pour ce travail). Les 22 membres du personnel infirmier dont il est question ci-dessus ont réussi les tests. Sykes estime que certains d'entre eux sont aussi compétents et même plus compétents que d'autres comptant trois années d'expérience (ou plus). Sykes est certain que les membres de son effectif assurent les services nécessaires, mais s'il n'est pas conforme, il prendra les mesures pour le redevenir.

Personnel infirmier : taux de satisfaction et maintien en poste

Selon Sykes, 90 % des membres de son personnel infirmier ont indiqué en 2009 qu'ils étaient très heureux en général du milieu de travail offert par Sykes. Le fournisseur de services a attiré l'attention sur les pénuries de personnel infirmier et sur le fait qu'il existe d'autres types d'emplois. Sykes offre des emplois dans les soins infirmiers non traditionnels. La demande est plus forte les soirs et les fins de semaine, ce qui pose un défi sur le plan des horaires, du recrutement et du maintien en poste.

Le taux de roulement du personnel infirmier est de 48 % par année. Sykes a dit qu'il doit offrir des encouragements aux infirmières et infirmiers afin de les inciter à renoncer à passer du temps en famille pour venir travailler le soir et la fin de semaine. L'un des encouragements pour inciter les gens à travailler la fin de semaine est la semaine de travail comprimée; selon cet horaire, le personnel infirmier est embauché pour travailler 30 heures par semaine (trois quarts de 10 heures), mais il est rémunéré pour 40 heures.

Niveau de service

En moyenne, le personnel infirmier de Sykes compte toujours au moins 50 personnes et ce nombre passe à 75 ou 80 dans les périodes de pointe. Sykes s'efforce d'avoir le nombre de gens qu'il faut, au moment où il le faut, pour offrir le niveau de service requis. Il a indiqué que le niveau de service est inversement

proportionnel à la productivité. Un niveau de service très élevé (par exemple, un niveau de service de 90 % en 20 secondes) signifie que des membres du personnel sont sur place et attendent les appels. En revanche, un niveau de service très faible aboutit à l'épuisement professionnel. Le coût intégral des services d'une infirmière ou d'un infirmier est d'environ 75 000 $ (par année).

Renseignements supplémentaires

À la suite des audiences, Sykes a fourni de l'information sur l'attrition du personnel infirmier; ces données montrent une diminution de l'attrition durant la période d'orientation, soit de 15,6 % en 2007 à 1,1 % en 2009, et une diminution du pourcentage d'infirmières et infirmiers qui quittent Sykes dans les 30 jours suivant leur embauchage, le taux de roulement étant passé de 25 % en 2007 à 10 % en 2009. En conclusion, Sykes dit avoir constaté une amélioration de la qualité du nouveau personnel infirmier embauché depuis l'instauration de son nouveau processus de recrutement, qui est davantage axé sur les compétences du personnel infirmier. Par ailleurs, au moment de la vérification, le fournisseur de services a indiqué qu'il permettait à certains membres de son personnel infirmier de travailler à domicile afin de réduire le taux de roulement et d'atténuer le risque de fermeture des centres d'appels en cas de pandémie.

Recommandation du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

5. **Tout en reconnaissant que le fournisseur de services a un petit pourcentage d'infirmières et infirmiers travaillant actuellement à domicile, le Comité permanent des comptes publics invite le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et son fournisseur de services à évaluer l'impact qu'a la possibilité de travailler à domicile sur le recrutement du personnel infirmier et la capacité du fournisseur de services à maintenir en poste une main-d'œuvre stable et expérimentée. Cette évaluation doit également déterminer**

   - **si le fait de travailler à domicile a un impact sur la qualité du travail du personnel infirmier;**
   - **si des mesures de protection efficaces ont été mises en place pour protéger la vie privée des clients.**

Conformité aux lignes directrices cliniques

Les conseils donnés aux appelants reposent sur un logiciel d'aide à la décision (basé sur des algorithmes médicaux) qui fournit des lignes directrices cliniques auxquelles se conjugue le jugement clinique du personnel infirmier. L'entreprise Schmitt-Thompson Clinical Content a élaboré les lignes directrices. Le vérificateur a dit qu'en 2008-2009, selon le fournisseur de services, le jugement du personnel infirmier l'a amené à s'écarter des lignes directrices cliniques pour 5 % des conseils donnés aux appelants. Aucun motif de l'écart n'était consigné par écrit dans 30 % des cas. Le vérificateur a recommandé que le fournisseur de

services exige du personnel infirmier qu'il consigne les raisons pour lesquelles il a donné des conseils non conformes aux lignes directrices ou au protocole clinique. Le Ministère a indiqué que le personnel infirmier doit désormais se plier à cette exigence.

Conformité des appelants

Le vérificateur a analysé les données du fournisseur de services sur les actions initialement prévues par les appelants et les a comparées aux conseils reçus du personnel infirmier. Le vérificateur a établi trois niveaux de soins, depuis le plus faible jusqu'au plus élevé : se traiter soi-même, consulter un médecin, se rendre au service des urgences. Il a constaté que le personnel infirmier avait recommandé le même niveau de soins que celui prévu à l'origine par le patient dans 38 % des cas, un niveau plus faible dans 33 % des cas, et un niveau plus élevé dans 29 % des cas. Dans l'ensemble, le pourcentage d'appelants qui étaient avisés de se rendre au service des urgences était à peu près égal au pourcentage de ceux qui avaient l'intention de s'y rendre à l'origine. Cependant, beaucoup de patients envoyés au service des urgences n'avaient pas prévu s'y rendre avant d'appeler.

Se fondant sur les données de 2008-2009 du fournisseur de services, le vérificateur a remarqué que 94 % des appelants ont indiqué qu'ils avaient l'intention de suivre les conseils du personnel infirmier. Comme les appelants n'étaient pas tenus de donner leur numéro de carte Santé de l'Ontario au fournisseur de services, le vérificateur a dit qu'il était difficile de savoir s'ils l'avaient vraiment fait. Il a recommandé que le Ministère, de concert avec le fournisseur de services, conçoive un processus (par exemple, obtenir les numéros de carte Santé de l'Ontario et vérifier dans les dossiers les actions subséquentes d'un échantillon d'appelants) qui lui permettra d'évaluer périodiquement dans quelle mesure les appelants suivent les conseils du personnel infirmier.

Collecte des numéros de carte Santé

Le Ministère a dit qu'il cherchera, de concert avec le fournisseur de services, des moyens de déterminer l'impact des conseils fournis aux appelants. Il a consulté le Commissaire à l'information et la protection de la vie privée (les discussions se poursuivent) au sujet de la collecte des numéros de carte Santé pour faciliter la détermination de cet impact. Le Ministère étudie les répercussions qu'aurait ce changement sur le service.

Selon Sykes, la communication du numéro de carte Santé permettrait de régler le problème de l'accès aux services de télétriage de l'Ontario depuis l'extérieur de la province. L'appelant qui a un numéro de carte Santé de l'Ontario (sans égard à l'endroit où se trouve l'appelant) serait autorisé à utiliser le service. La communication du numéro de carte Santé de l'Ontario permettrait également à Sykes, en collaboration avec le Ministère, de déterminer si les appelants auxquels le personnel infirmier conseille de ne pas se rendre au service des urgences suivent ce conseil.

Le Ministère a déclaré qu'il craignait au départ que le fait de demander aux appelants (principalement des mères) un numéro de carte Santé de l'Ontario

détourne leur attention (des problèmes de santé) pendant qu'ils cherchent leur carte. Toutefois, il a dit qu'au moins une autre administration demande les numéros de carte santé et qu'Accès Soins demande ce numéro aux appelants et que ceux-ci ont leur numéro en main quand ils appellent. Selon le Ministère, s'il était décidé de demander le numéro de carte Santé de l'Ontario pour donner accès aux services de télétriage, il serait probablement en mesure d'avertir les gens à l'avance au moyen d'initiatives de marketing.

Recommandation du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

6. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent des comptes publics un rapport sur la décision du Ministère de demander ou non aux personnes qui appellent au Service téléphonique d'aide médicale et à Télésanté Ontario de donner leur numéro de carte Santé de l'Ontario. Le Ministère doit justifier sa décision.**

Assurance de la qualité

Vérification des appels et processus de traitement des plaintes

Le vérificateur a remarqué que des examinateurs (en général un chef d'équipe technique ou une infirmière principale) écoutent au moins 15 appels par mois par centre d'appels et choisissent les appels à vérifier. Le vérificateur a relevé des problèmes, notamment le fait que les examinateurs ne peuvent que vérifier les appels en direct lorsque les volumes le permettent (les appels ne sont pas enregistrés) et, par conséquent, que la plupart des vérifications sont effectuées en dehors des périodes de pointe. Une administration canadienne a recours à des appelants mystères (mais non l'Ontario). Le vérificateur a remarqué que la plupart des provinces consultées enregistrent les appels à des fins d'assurance de la qualité. L'évaluation des facteurs relatifs à la vie privée, effectuée en 2003 par le Ministère, indiquait que les appels ne devraient généralement pas être enregistrés. Comme les appels n'étaient pas enregistrés, le vérificateur estimait qu'il était impossible de savoir ce qui s'était dit et a conclu qu'il était donc impossible d'évaluer la qualité des conseils médicaux donnés.

Le vérificateur a recommandé que Sykes demande à des examinateurs indépendants de vérifier un nombre déterminé d'appels choisis au hasard parmi les appels reçus à différentes heures de la journée et différents jours du mois, y compris les fins de semaine et les jours fériés. Le vérificateur a aussi recommandé que Sykes fasse une analyse périodique des problèmes généraux relevés lors de la vérification des appels et des plaintes afin de repérer les problèmes ou tendances systémiques qui justifieraient un suivi. Le vérificateur estimait également que le Ministère devait demander au Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée si les appels peuvent être enregistrés.

En ce qui a trait aux plaintes, Sykes a dit qu'il a adopté une approche plus systématique. Il regroupe les plaintes reçues et en évalue les motifs. Un mois,

entre autres, le problème principal concernait l'empathie du service à la clientèle. Sykes collaborera avec le Ministère pour déterminer un mode de rapport approprié.

Sondages sur la satisfaction

Le Comité désirait savoir s'il existait des dispositions prévoyant un examen de la qualité des services qui ne repose pas sur les plaintes. Comme indiqué précédemment (dans la section « Conseils aux appelants »), le Ministère a dit qu'il soumettra les services de télétriage à une évaluation externe formelle à l'automne 2010 pour mesurer l'efficacité globale du programme par rapport aux objectifs fixés pour celui-ci. L'évaluation comprendra des sondages indépendants sur la satisfaction des appelants, des médecins et du personnel du service des urgences.

Enregistrement des appels

Le Ministère a dit qu'il avait consulté le Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée au sujet de l'enregistrement courant des appels. Il s'est fait dire que la pratique est acceptable en autant que l'on informe au préalable les appelants que leur appel sera enregistré et qu'on leur donne la possibilité de refuser. Le Ministère a dit (s'il décidait d'enregistrer les appels) qu'il collaborerait avec le fournisseur de services pour s'assurer que des mécanismes, des mesures de protection et des processus de conservation appropriés ont été mis en place. L'enregistrement des appels permettrait d'évaluer la qualité des conseils donnés par le personnel infirmier.

Le Ministère a dit qu'il n'avait pas encore pris de décision à propos de l'enregistrement des appels, mais qu'il était sur le point de le faire. La conservation des enregistrements est une question qu'il faut prendre en compte. L'information sur la durée souhaitable de la conservation des enregistrements est très différente d'une administration à l'autre. Le Ministère a indiqué qu'il lui faudra consulter de nouveau le Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée à ce sujet.

Recommandation du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

7. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent des comptes publics un rapport sur le résultat des consultations menées par le Ministère auprès du Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée concernant la possibilité d'enregistrer les appels reçus aux services de télétriage de l'Ontario. L'enregistrement des appels permettrait d'adopter de meilleurs processus d'assurance de la qualité, comme l'évaluation indépendante du bien-fondé des conseils donnés par le personnel infirmier des services de télétriage. Le Ministère doit exposer sa position actuelle à ce sujet.**

Paiement des services de télétriage

En 2008-2009, le fournisseur de services a reçu 35,1 millions de dollars pour les services de télétriage : des honoraires fixes de 35 millions de dollars pour les 900 000 premiers appels consignés (ou environ 39 $ par appel consigné) et environ 27 $ par appel consigné au-delà de ce seuil. Selon le vérificateur, trois provinces qui ont fourni de l'information sur les coûts ont indiqué que leur coût par appel se situait autour de 20 $.

Le vérificateur a dit que le Ministère n'avait pas cherché à connaître les raisons de l'écart important entre les coûts par appel de l'Ontario et ceux des autres administrations, mais a indiqué que ces raisons pourraient inclure les différences dans les méthodes d'établissement des coûts, par exemple l'exclusion d'une partie des coûts d'immobilisations, et dans la rémunération du personnel infirmier. Le vérificateur a recommandé que le Ministère obtienne des renseignements sur la prestation des services de télétriage dans d'autres provinces afin de déterminer s'il y a moyen de réaliser des économies en Ontario.

Coûts dans les autres administrations

Le Ministère a dit qu'il s'était toujours efforcé de se tenir au courant des modalités de prestation des services de télétriage dans les autres provinces et ce, même avant que le vérificateur publie son rapport. À la suite de la vérification effectuée par le vérificateur, le Ministère a consulté plusieurs provinces au sujet de leurs structures de paiement. Les provinces n'ont communiqué que de l'information générale et non les renseignements détaillés que le Ministère comptait obtenir. Il étudie actuellement différentes mesures pour rationaliser les services afin de les rendre plus efficients.

Le Ministère a communiqué avec la Colombie-Britannique, le Nouveau-Brunswick, l'Alberta et le Québec. La Colombie-Britannique et l'Alberta fournissent leurs propres services de télétriage. Le Ministère a calculé que le coût par appel se situait entre 26 $ et 29 $. Comme la Colombie-Britannique et l'Alberta fournissent leurs propres services et qu'elles n'utilisent pas la comptabilité par activités, leurs coûts ne sont pas tous pris en compte. Les coûts indirects, comme le soutien des RH et les besoins d'infrastructure, sont absorbés dans le budget global. De plus, le Ministère n'a pu évaluer les mesures de rendement associées aux niveaux de service fournis en Colombie-Britannique et en Alberta. Le Nouveau-Brunswick lui a dit confidentiellement que ses coûts étaient plus élevés que ceux de l'Ontario. Les deux provinces font affaire avec le même fournisseur de services. Le Ministère n'a pu obtenir beaucoup d'information au sujet du service existant au Québec.

Le vérificateur a dit que le Québec compte 15 centres d'appels et qu'il paie 14,48 $ par appel plus des frais d'administration de 5,56 $ par appel. Le vérificateur a remarqué dans le cadre de la vérification que le mode de comptabilisation des coûts d'infrastructure restait à préciser, mais il a dit au Ministère que l'écart entre les coûts par appel dans les autres administrations (environ 20 $) et en Ontario (environ 40 $) était tellement grand qu'il valait la

peine d'examiner si les autres administrations fonctionnaient de façon différente ou plus efficiente.

Le Ministère a fait remarquer que l'écart entre les coûts par appel peut avoir trait à des normes de service différentes. Dans les autres provinces, on alloue peut-être un délai d'une heure aux fournisseurs de services pour rappeler un client, tandis que le délai alloué en Ontario est de 30 minutes. En Alberta, par exemple, les rappels peuvent être effectués dans un délai de deux heures. Certains coûts liés aux TI et aux ressources humaines ne sont pas compris dans le coût par appel.

En Ontario, le personnel infirmier doit traiter les appels consignés

Sykes a ajouté que le contrat conclu avec l'Ontario stipule que les appels consignés doivent être traités par le personnel infirmier. Le Ministère a dit qu'il serait possible, par exemple, de réaliser des économies en recourant à davantage de représentants de l'assistance aux patients et en recourant à des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés. Dans les autres administrations, le personnel infirmier ne traite pas tous les appels. Sykes estime que beaucoup d'appels reçus ne nécessitent pas l'intervention d'un membre du personnel infirmier et a attiré l'attention sur l'écart de coût entre un infirmier (30 $ l'heure) et un représentant de l'assistance aux patients (10 $ l'heure). Il a dit que le Ministère est d'accord et qu'ils définiront conjointement le niveau approprié (d'infirmières et infirmiers pour traiter les appels). Le Comité a demandé si les services de télétriage des autres administrations recouraient à des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés. Selon le Ministère, ce n'était pas le cas; l'Ontario ferait peut-être figure de pionnier. Toutefois, beaucoup d'autres administrations recourent à des représentants de l'assistance aux patients – qui ne sont ni des infirmières et infirmiers autorisés ni des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés –, par exemple, pour la collecte des données démographiques (et non pour le triage des patients).

Demande et coût des appels par minute

Le Ministère a dit que la demande pour les services de télétriage de l'Ontario est stable : le nombre d'appels consignés se situe entre 900 000 et 1 000 000 par année depuis huit ou neuf ans. Le Ministère étudiera différents moyens d'accroître le volume d'appels.

La durée moyenne des appels consignés est de 11 minutes. Le Comité désirait savoir si Sykes avait envisagé de facturer un tarif par minute plutôt qu'un tarif fixe par appel. Le fournisseur de services a répondu qu'il n'était pas contre cette façon de procéder, mais il ne l'avait pas envisagée parce que la demande de propositions à laquelle il avait répondu était fondée sur le coût par appel. Il a dit que le personnel infirmier reçoit un taux horaire. Le Comité a fait remarquer qu'il s'ensuit que la rémunération du personnel infirmier est basée sur le temps tandis que celle du centre d'appels est basée sur les appels.

Le Ministère a indiqué qu'il souhaitait étudier toutes les options pour réaliser des économies, sauf la réouverture du contrat conclu avec le fournisseur de services. Il a dit qu'il examinerait la possibilité d'adopter le modèle de paiement au coût

par minute, mais il a également expliqué les raisons pour lesquelles il avait mis en place le modèle actuel. En 2007, le Ministère a décidé de fixer les prix en fonction de l'idée que le fournisseur de services exploiterait un centre de contact plutôt qu'un centre d'appels. Le Ministère a également attiré l'attention sur les points suivants :

- Un enjeu clé (dont nous avons discuté précédemment) est le maintien en poste de personnes possédant des compétences cliniques, ce qui n'est pas nécessairement facile.
- Il désire favoriser le respect à l'égard des besoins des gens en matière de santé et non pas créer ce qu'il décrit comme un environnement dénaturé où l'on s'empresse de mettre fin aux appels parce que c'est plus rentable ainsi.
- « Il ne s'agit pas d'une entreprise axée sur le volume, mais sur la qualité. »

Toutefois, le Ministère a répété qu'il est prêt à revoir le modèle si c'est dans l'intérêt stratégique des Ontariennes et des Ontariens.

Renseignements supplémentaires

À la suite des audiences, Sykes a fourni le tableau de données suivant sur le coût par minute d'appel :

Avril 2008-mars 2009	Valeur
Revenus de facturation	35 117 839 $
Appels facturés	905 200
Appels reçus traités (personnel infirmier et représentants de l'assistance aux patients)	1 115 624
Minutes productives	13 329 864
Minutes dotées	20 291 758
Coût par appel facturé	38,80 $
Coût par appel traité	31,48 $
Coût par minute productive	**2,63 $**
Coût par minute dotée	**1,73 $**

Par « minutes productives », on entend le temps pendant lequel tous les agents sont occupés ou le nombre total de minutes pendant lesquelles tous les agents traitent des appels. Par « minutes dotées », on entend le nombre de minutes pendant lesquelles tous les employés traitent des appels ou attendent de répondre au prochain appel.

Recommandation du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

8. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent des comptes publics un rapport sur les résultats de ses efforts visant à réduire le coût des appels de ses services de télétriage. Le Ministère doit indiquer :**

   - **s'il envisagerait de modifier son modèle de paiement actuel pour les appels traités par le fournisseur de services en précisant quel autre modèle, le cas échéant, est à l'étude;**
   - **les décisions prises par le Ministère et le fournisseur de services concernant l'effectif du fournisseur de services, par exemple, si des représentants de l'assistance aux patients pourraient recueillir de l'information démographique auprès des appelants et si le fournisseur de services pourrait également employer des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés et, dans l'affirmative, à quel titre;**
   - **s'il envisagerait de faire affaire avec plus d'un fournisseur de services et préciser les raisons pour lesquelles il le ferait ou non;**
   - **les mesures qu'il a mises en place pour surveiller la prestation des services par le fournisseur de services.**

Augmentation du volume d'appels en rapport avec le virus H1N1

Le Ministère a fourni de l'information sur la forte augmentation du nombre d'appels en octobre et novembre 2009 en rapport avec le virus H1N1. Cette augmentation s'est traduite par de longues périodes d'attente pour les appelants. Le Ministère a souligné les nombreuses stratégies mises en œuvre par Sykes pour y remédier, notamment apporter des ajustements aux quarts de travail et faire travailler le personnel en heures supplémentaires. Sykes a de nouveau fait référence à la disposition du contrat qui exige que les appels consignés soient traités par le personnel infirmier. Selon le fournisseur de services, de nombreux appels, comme ceux des personnes qui voulaient obtenir de l'information sur le lieu et l'horaire des cliniques de vaccination contre le virus H1N1, ne nécessitaient pas l'intervention du personnel infirmier. Durant la crise, Sykes a mis en œuvre des messages enregistrés pour venir en aide aux gens qui voulaient uniquement des renseignements très généraux et ne voulaient pas nécessairement parler à un membre du personnel infirmier.

Approvisionnement

Le Ministère a dit que le processus d'approvisionnement de 2007 pour les services de télétriage garantissait que le prix des services acquis était concurrentiel en Ontario. Il a fourni de l'information sur les processus de demande de qualification et de demande de proposition et a souligné qu'un commissaire à l'équité surveillait le processus d'approvisionnement.

Services de traduction

Sykes fait affaire avec CanTalk, une entreprise de Winnipeg, pour ses services de traduction. Le Comité désirait connaître les raisons pour lesquelles Sykes ne faisait pas affaire avec une entreprise de l'Ontario. Le fournisseur de services a

répondu qu'il étudiait d'autres solutions, mais qu'il n'avait pris aucune décision à ce sujet. Le Ministère (en expliquant la décision d'utiliser les services de CanTalk) a souligné la norme élevée du Ministère en matière de niveau de service, dont le besoin d'un fournisseur de services ayant une capacité multilinguistique d'une centaine de langues, qui est en mesure de fournir un service dans un délai de 90 secondes.

Recommandation du Comité

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

9. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent des comptes publics un rapport sur le résultat de l'examen mené par le fournisseur de services pour déterminer si une entreprise de l'Ontario pourrait fournir les services de traduction nécessaires d'un centre d'appels pour les services de télétriage de l'Ontario.**

LISTE RÉCAPITULATIVE DES RECOMMANDATIONS

Le Comité permanent des comptes publics demande au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de faire parvenir une réponse écrite au greffier du Comité à l'égard de chacune des recommandations du Comité dans les 120 jours civils suivant le dépôt du présent rapport auprès du président de l'Assemblée législative, sauf indication contraire dans une recommandation.

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

1. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent des comptes publics au plus tard le 31 mars 2011 un rapport sur les résultats du sondage effectué par le Ministère sur la sensibilisation du public et l'utilisation des services de télétriage, ainsi que sur les nouvelles mesures que compte prendre le Ministère, le cas échéant, pour remédier aux problèmes relevés dans le cadre du sondage. Plus précisément, le Ministère doit

- préciser les mesures qu'il compte prendre pour faire en sorte que les groupes de soins primaires communiquent régulièrement à leurs patients l'information sur le Service téléphonique d'aide médicale (STAM);
- indiquer les raisons, d'après le sondage, de la sous utilisation des services de télétriage dans certains segments de la population, les éléments qui inciteraient ces groupes, selon eux, à utiliser davantage les services, et le suivi que le Ministère compte donner à ces constatations;
- indiquer le délai de mise en œuvre des nouvelles mesures prévues, le cas échéant.

2. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent des comptes publics au plus tard le 31 mars 2011 un rapport sur le résultat de son analyse coûts avantages du dossier de mise en œuvre du numéro 811 pour les services de télétriage en Ontario. Le Ministère doit indiquer s'il est en faveur de l'instauration du numéro 811, les moyens qu'il prendrait pour le faire connaître, les coûts qui seraient associés à une augmentation connexe possible du nombre d'appels et les mesures d'économie qui pourraient être instaurées parallèlement au numéro 811.

3. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent des comptes publics un rapport indiquant s'il a demandé à son fournisseur de services de modifier sa mesure du temps d'attente pour commencer le calcul à compter du moment où l'appel est reçu plutôt qu'à compter du moment où l'appelant est mis en file d'attente pour parler à un membre du personnel infirmier. Le Ministère doit également indiquer les mesures que lui même et le fournisseur de services envisagent de prendre, le cas échéant, pour améliorer les délais d'attente excessifs.

4. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent des comptes publics un rapport sur les mesures, notamment des

sanctions financières éventuelles, que le Ministère a envisagées pour garantir qu'il est possible d'obtenir l'opinion d'un médecin lorsqu'on en a besoin pour les personnes qui appellent au Service téléphonique d'aide médicale (STAM), ainsi que sur les conséquences de ces mesures. Le Ministère doit inclure de l'information sur les données mensuelles qu'il reçoit désormais du fournisseur de services sur les messages laissés sans réponse, et qu'il surveille. Il doit faire part des résultats de ses consultations auprès des groupes de soins primaires et de l'Ontario Medical Association sur le problème des messages laissés sans réponse, ainsi que des mesures correctives proposées à la suite de celles ci. Le Ministère doit également indiquer s'il envisage d'apporter des améliorations sur le plan de la technologie de l'information afin d'améliorer le taux de réponse des médecins aux messages.

5. Tout en reconnaissant que le fournisseur de services a un petit pourcentage d'infirmières et infirmiers travaillant actuellement à domicile, le Comité permanent des comptes publics invite le ministère de la Santé et des Soins de longue durée et son fournisseur de services à évaluer l'impact qu'a la possibilité de travailler à domicile sur le recrutement du personnel infirmier et la capacité du fournisseur de services à maintenir en poste une main d'œuvre stable et expérimentée. Cette évaluation doit également déterminer

- si le fait de travailler à domicile a un impact sur la qualité du travail du personnel infirmier;
- si des mesures de protection efficaces ont été mises en place pour protéger la vie privée des clients.

6. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent des comptes publics un rapport sur la décision du Ministère de demander ou non aux personnes qui appellent au Service téléphonique d'aide médicale et à Télésanté Ontario de donner leur numéro de carte Santé de l'Ontario. Le Ministère doit justifier sa décision.

7. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent des comptes publics un rapport sur le résultat des consultations menées par le Ministère auprès du Commissaire à l'information et à la protection de la vie privée concernant la possibilité d'enregistrer les appels reçus aux services de télétriage de l'Ontario. L'enregistrement des appels permettrait d'adopter de meilleurs processus d'assurance de la qualité, comme l'évaluation indépendante du bien fondé des conseils donnés par le personnel infirmier des services de télétriage. Le Ministère doit exposer sa position actuelle à ce sujet.

8. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent des comptes publics un rapport sur les résultats de ses efforts visant à réduire le coût des appels de ses services de télétriage. Le Ministère doit indiquer :

- s'il envisagerait de modifier son modèle de paiement actuel pour les appels traités par le fournisseur de services en précisant quel autre modèle, le cas échéant, est à l'étude;
- les décisions prises par le Ministère et le fournisseur de services concernant l'effectif du fournisseur de services, par exemple, si des représentants de l'assistance aux patients pourraient recueillir de l'information démographique auprès des appelants et si le fournisseur de services pourrait également employer des infirmières et infirmiers auxiliaires autorisés et, dans l'affirmative, à quel titre;
- s'il envisagerait de faire affaire avec plus d'un fournisseur de services et préciser les raisons pour lesquelles il le ferait ou non;
- les mesures qu'il a mises en place pour surveiller la prestation des services par le fournisseur de services.

9. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée présente au Comité permanent des comptes publics un rapport sur le résultat de l'examen mené par le fournisseur de services pour déterminer si une entreprise de l'Ontario pourrait fournir les services de traduction nécessaires d'un centre d'appels pour les services de télétriage de l'Ontario.